

BOLETÍN de Atención Integral de PERSONAS con VIH

Volumen 2, n° 1 enero-marzo 2016



¡POR UNA SEXUALIDAD LIBRE!

17 MAYO

DÍA NACIONAL DE LA LUCHA CONTRA LA HOMOFOBIA

Desde el año 2005, se conmemora en distintos países del mundo el Día Internacional de la Homofobia, Transfobia y Bifobia el 17 de mayo. El objetivo de esta conmemoración es promover acciones de sensibilización, denuncia y reivindicación hacia la diversidad sexual en todo el mundo.



En 2004 la Organización de las Naciones Unidas estableció el 17 de mayo como el Día Internacional contra la Homofobia y la Transfobia, en conmemoración del 17 de mayo de 1990, cuando la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud eliminó la homosexualidad de la clasificación internacional de enfermedades mentales, con el fin de hacer un llamado de atención a tomadores de decisión, líderes de opinión, movimientos sociales, medios de comunicación y público en general sobre la violencia y discriminación que sufren las personas LGBTIQ a nivel internacional.

La homofobia en conjunto con el estigma y la discriminación es lo que ha hecho del VIH y el sida un verdadero reto de salud pública. Una persona se muestra homofóbica cuando tiene pensamientos o actitudes de rechazo y aversión hacia otras personas, relacionados con su orientación sexual o con su identidad o expresión de género, que sólo pueden explicarse por el miedo infundado, la ignorancia o la simple falta de apertura a la convivencia con la diversidad sexual.

El 21 de marzo de 2014 se emitió el Decreto Presidencial que estableció en México el 17 de mayo como el Día Nacional de la Lucha contra la Homofobia. El 12 de junio de 2015, la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió que todas las leyes estatales que impiden el matrimonio entre personas del mismo sexo eran inconstitucionales, al discriminar a las personas por su orientación sexual, por lo que a partir de esta fecha el matrimonio entre personas del mismo sexo en México se puede realizar en todas las entidades federativas que integran el país, en pleno goce de todos los beneficios y obligaciones que ello implica como la seguridad social e instituciones sociales de vivienda

El Día Nacional de la lucha contra la Homofobia es la expresión de respeto de una sociedad que acepta la diversidad y reconoce los derechos de las personas independientemente de su orientación sexual o identidad de género.

EDITORIAL

Contenido

Si gusta colaborar con esta publicación, favor de enviar su artículo original al correo:

marisol.censida@gmail.com

1200-1500 palabras incluyendo referencias.

Del 19 al 21 de abril de 2016 se realizó, en la ciudad de Nueva York, la tercera Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre drogas (UNGASS 2016), cuyo objetivo consistió en la evaluación de los logros y los retos en la tarea de contrarrestar el problema mundial de las drogas, en el marco de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas.

Durante la asamblea se aprobó el documento *Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas*, en el cual los 193 Estados miembros reconocen "...que, como parte de un enfoque amplio, integrado y equilibrado para abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas, debería prestarse la atención adecuada a las personas, las familias, las comunidades y la sociedad en general, con miras a promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de toda la humanidad"[1].

De acuerdo con un número importante de organizaciones de la sociedad civil, UNGASS 2016 significó una oportunidad fallida porque el nuevo acuerdo desaprovechó la oportunidad de poner fin a la guerra contra las drogas como estrategia central y adoptar un enfoque más integral[2]. Sin embargo, debe reconocerse que se abrieron espacios para que cada país pueda avanzar en las políticas de reducción de daños, uso medicinal de algunas substancias y eliminar la criminalización de los consumidores.

Bajo este contexto, es importante enfatizar que una de las principales preocupaciones en salud pública es la trasmisión del VIH y del virus de la Hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas con equipos no esterilizados, quienes tienen 28 veces más riesgo de adquirir el VIH que la población en general, y en algunos países, tienen una prevalencia de Hepatitis C superior al 90%.[3]

Afortunadamente, existen intervenciones esenciales para prevenir la transmisión del VIH, la Hepatitis C y reducir el daño, las cuales utilizadas de forma combinada han demostrado resultados, como son los programas de agujas y jeringas, terapia de sustitución de opiáceos, el fomento de relaciones sexuales seguras, asociado al uso sistémico del condón, consejería y detección del VIH, vinculación y atención oportuna, prevención de ITS, intervenciones educativas en personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales, así como vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral y la tuberculosis.[4] Sin embargo, existen leyes punitivas, políticas y prácticas que obstruyen la prestación de servicios integrales en muchos países del mundo.

Este Centro Nacional cuenta desde el año 2000 con el *Manual para talleres sobre prevención de SIDA en usuarios de drogas inyectables*, financiado con apoyo de ONUSIDA y con la colaboración de la OSC Compañeros.[5] Los objetivos eran proporcionar la información básica sobre el VIH, el sida y adicciones, principalmente sobre el uso de drogas inyectadas; y adquirir los elementos necesarios para desarrollar un programa de mitigación del daño. En 2008, con el apoyo financiero del CONADIC, se publicó una nueva edición.[6]

En el año 2003, los principales organismos gubernamentales involucrados en esta problemática, difundieron el documento de posición *El consumo de drogas inyectadas y la epidemia del VIH/SIDA en México: Un Problema de Salud Pública*, en donde se adopta el enfoque de reducción del daño, como una alternativa de salud pública viable dentro de las acciones de la política de reducción de la demanda en un gran número de países, incidiendo indiscutiblemente en la reducción de la morbimortalidad asociada.[7]

Con estas medidas Censida ha buscado impulsar desde la década pasada los programas de agujas y jeringas estériles para las personas que se inyectan drogas, y para el año 2010 ya tenía operando esta estrategia en las nueve entidades federativas más afectadas.[8] En 2015, de manera conjunta con el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”, se elaboró una guía para el uso de la metadona como el tratamiento para la dependencia de la heroína y otros opiáceos.

Durante la reunión del UNGASS 2016, México sostuvo que es importante que el Estado enfoque el consumo de drogas como un problema de salud pública y que no criminalice a los consumidores, en un marco de respeto a los derechos humano. Como resultado, la Presidencia de la República envió una iniciativa al Senado de la República para autorizar el uso de medicamentos elaborados a base de marihuana y sus ingredientes activos, y no considerar delito la posesión, para uso personal, de hasta 28 gramos de marihuana.[9]

Hasta la fecha de la publicación de esta Editorial, la iniciativa todavía no ha sido aprobada. No hay duda que su aprobación significaría un avance importante en la materia, pero aunque esto sucediera, hay que reconocer que todavía falta mucho camino por recorrer.

Dr. Carlos Magis Rodríguez
Director de Atención Integral

1. ONU. Proyecto de resolución presentado por el Presidente de la Asamblea General: Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas. New York: ONU;2016.
2. Jelsma M. UNGASS 2016: perspectivas para la reforma de los tratados y la coherencia de todo el sistema de la ONU en materia de políticas de drogas. Washington, D.C.: Brookings Institute. Foreign Policy.
3. ONU. Declaración Política. 1998; www.un.org/ga/20special/poldecla.htm. Acceso: 19/abril/2016.
4. ONU. Declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas. Serie de sesiones de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes. Viena, 11 y 12 de marzo de 2009. Nueva York: ONU; 2009.
5. Wood E et al. The war on drugs: a devastating public-policy disaster. The Lancet. 2009;373(9668):989-990.
6. ONU. Joint Ministerial Statement of the 2014 High-Level Review by the Commission on Narcotic Drugs of the Implementation by Member States of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem. Commission on Narcotic Drugs, Fifty-seventh session, Vienna, 13-21 March 2014. New York: United Nations Office Drugs and Crime;2014.
7. Farthing L. Lack of Progress and Transparency at the UN General Assembly Special Session on Drugs. Nacla. 2016.
8. Buse K, Albers E, Phurailatpam S. HIV and drugs: a common, common-sense agenda for 2016. The Lancet Global Health.4(5):e292-e293.
9. Csete J et al. Public health and international drug policy. The Lancet. 2016;387 (10026):1427-1480.
10. El consumo de drogas inyectadas y la epidemia del VIH/SIDA en México. Un Problema de Salud Pública. Documento de Posición. México;2003.
11. Censida. Manual para la Prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectadas. México, CENSIDA; 2008.
12. Moreno Bustamante JGB, Izazola Licea JA, Rodríguez Ajenjo C. Tackling HIV and drug addiction in Mexico. The Lancet. 2010;376(9740):493-495.
13. Presidencia de la República. [Iniciativa de] Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y se reforma el párrafo tercero del Artículo 195 del Código Penal Federal. México2016.

ARTÍCULO ORIGINAL

Sero-prevalencia de VIH en poblaciones clave en siete zonas urbanas de México en 2012

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida

Este estudio responde a una iniciativa específica del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (Censida) que seleccionó al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), para generar información estratégica sobre la situación de la epidemia de VIH en México en hombres que tienen sexo con hombres, en mujeres que se dedican al trabajo sexual y mujeres trans. El proyecto fue encabezado por Juan Pablo Gutiérrez Reyes, con la colaboración de Aurora Franco Nuñez, Diana Nicte-Há Sansores Martínez y Andrey Ryo Shiba Matsumoto.

Introducción

La epidemia de VIH en México se encuentra concentrada en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas trans, personas que realizan trabajo sexual y personas que se inyectan drogas inyectables; siendo la principal forma de transmisión del VIH es la sexual (CENSIDA 2011a). Con una epidemia focalizada, en México se ha estimado que alrededor de 200 mil personas viven con VIH. Debido a que la principal vía de transmisión documentada es la sexual, desde el inicio de la epidemia se han desarrollado estrategias específicas enfocadas en la prevención en el comercio sexual, que por el mayor número promedio de intercambios sexuales, incrementa el riesgo para las personas trabajadoras sexuales.

De acuerdo a diferentes estudios entre 1991 a 2005, se han estimado sero-prevalencias de VIH en la población HSH en un rango de 10% a 15%, comparado con la estimación más reciente de ONUSIDA de población general entre 15 y 49 años de 0.22% a 0.33%. (Magis, Loo y Santarriaga 1997; Gayet, Magis et al. 2007; CENSIDA 2011b). Las cifras más recientes, de la línea de base de la evaluación del proyecto del Fondo Mundial, ubican la prevalencia de VIH entre HSH en 16.99%, con variaciones importantes entre regiones; estas cifras se obtuvieron a través de una prueba rápida.

En mujeres trabajadoras sexuales, se han documentado prevalencias relativamente bajas aunque estudios recientes han mostrado incrementos preocupantes. Por otra parte, entre las mujeres trans, con una elevada participación en el comercio sexual, se han identificado prevalencias elevadas, mayores a las observadas entre HSH.

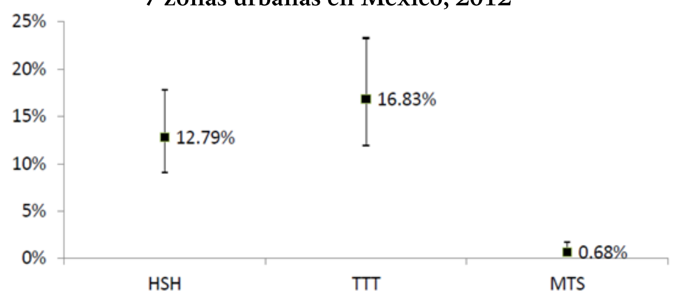
Este documento presenta los resultados de las estimaciones de seroprevalencia de VIH en HSH, mujeres trabajadoras sexuales (MTS) y mujeres trans, en muestras obtenidas en 7 áreas urbanas en México, así como sobre características de la población que pudieran estas asociadas con el riesgo de infección.

Abordaje

Con la intención de generar mayor evidencia sobre la situación de la epidemia de VIH entre HSH, MTS y mujeres trans en México, este estudio siguió una metodología similar al del proyecto del Fondo Mundial, agregando una segunda prueba rápida lo que permite contar con mayor precisión en las estimaciones. Para ello, se diseñó una encuesta en conjunto con el componente de diagnóstico de VIH, y con consejería pre y post.

Se identificaron sitios de trabajo y/o reunión en siete zonas urbanas identificadas en los estados de de Jalisco (ZM de Guadalajara y Puerto Vallarta), México (ZM de Toluca, Ecatepec, y Netzahualcóyotl) y Veracruz (Veracruz y Coatzacoalcos-Minatitlán).

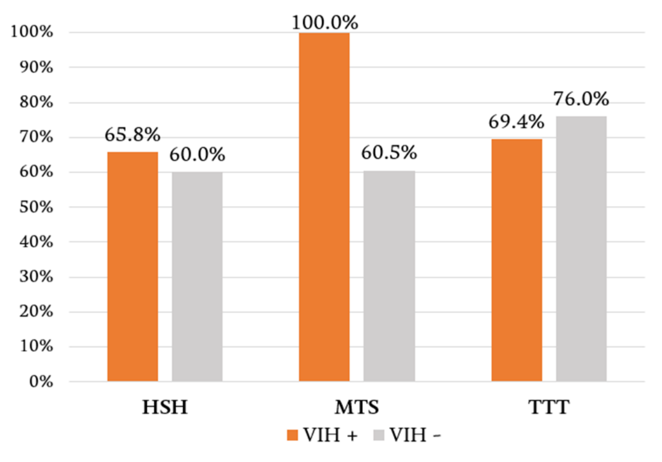
Figura 1. Sero-prevalencia de VIH en poblaciones clave en 7 zonas urbanas en México, 2012



Resultados

La seroprevalencia considerando como positivos únicamente a aquellas personas en las que ambas pruebas resultaron reactivas resultó del 12.79% (IC95% 10.82 - 14.76) entre HSH; ajustando este valor para considerar el tamaño relativo de las ciudades, la seroprevalencia resulta en 12.16% (IC95% 6.61 - 17.69). Estas cifras no son estadísticamente diferentes entre si, ni con la estimación del proyecto del Fondo Mundial. Asimismo, es importante resaltar que a diferencia de las cifras reportadas por el proyecto del Fondo Mundial, para estas estimaciones no se incluyeron los resultados en mujeres trans.

Figura 2. Uso del condón en la última relación sexual en poblaciones clave

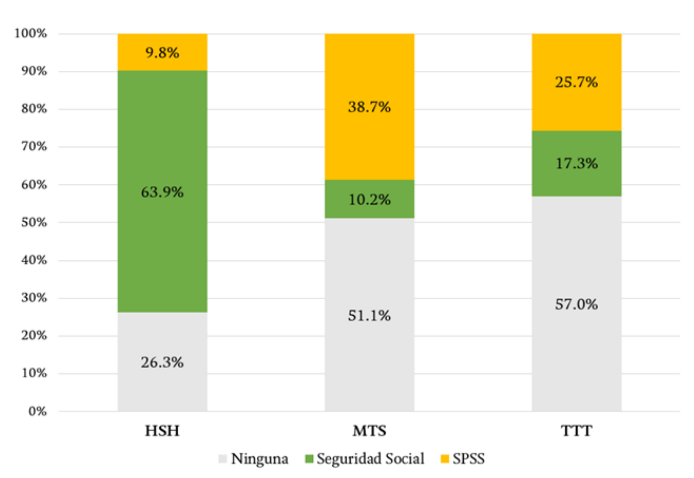


La seroprevalencia entre MTS resultó en 0.68% (IC95% 0.13% - 3.44%) y entre las mujeres trans, fue de 16.83% (IC95% 13.19 - 20.47); ajustando este valor para considerar el tamaño relativo de las ciudades, se obtiene una seroprevalencia entre mujeres trans de 15.21% (IC95% 7.56 - 28.24). En ambos casos, se observa una importante variabilidad entre ciudades. La cifra estimada para mujeres trans es mayor a la que se observó para HSH en las mismas ciudades.

Por lo que se refiere a prácticas sexuales, 65.8% de los HSH VIH+ y 60.0% de los VIH- reportaron haber utilizado condón en su última relación sexual, lo que es menor a la cifra reportada para el proyecto del Fondo Mundial, que fue de 74%.

Entre las MTS, 60.5% de las no reactivas reportaron haber utilizado condón en la última relación sexual con un cliente, cifra que se eleva a 100% entre las que resultaron VIH+. Una diferencia identificada entre las VIH+ y las VIH- fue el uso de condón en la primera relación sexual, menor entre las VIH+: 12.3% vs 25.3% entre las VIH-.

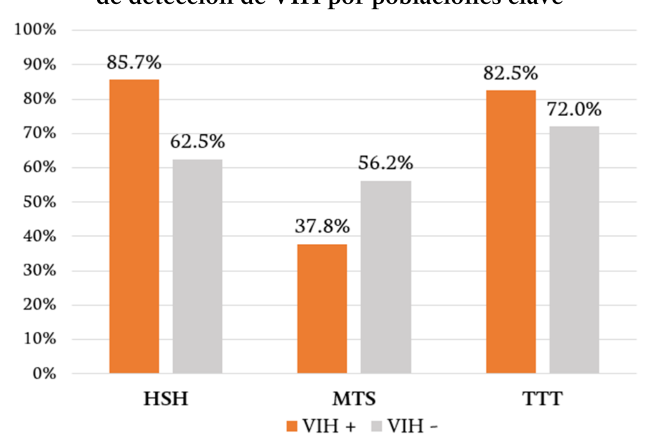
Figura 3. Acceso a servicios de salud por poblaciones clave



En términos del perfil socioeconómico, no se identificaron diferencias importantes entre los grupos reactivos y no reactivos de HSH y de las mujeres trans, aunque sí se identificó un menor nivel educativo promedio entre las mujeres trans VIH+, y más del 40% de las mujeres trans reportó el trabajo sexual como su principal fuente de ingresos. Las mujeres trans reportan un inicio de actividad sexual muy temprano (en promedio 13 años), lo que sugiere una identificación de género en edades tempranas.

Se observaron condiciones más precarias entre las mujeres VIH+ que en las no reactivas, sin

Figura 4. Proporción de personas que se han hecho prueba de detección de VIH por poblaciones clave



que sea posible identificar si estas están asociadas a la exposición, o son estructurales, debido a que se trata de un estudio transversal.

Por lo que se refiere al acceso a servicios de salud, se identificó una mayor afiliación al Seguro Popular entre los HSH VIH+ que en los no reactivos, en tanto que los VIH- cuentan con mayor cobertura de seguridad social.

Únicamente 30.9% de los HSH positivos reportaron estar viviendo con VIH (aunque es complicado diferenciar entre el resto de los que no conocen su sero-estatus y no quisieron reportarlo). No obstante, 85.7% (reactivos) y 62.5% (no reactivos), reportaron haberse realizado alguna vez una prueba, y la mayoría de estos conocen el resultado de la misma.

Implicaciones

Los resultados obtenidos confirman las estimaciones recientes sobre el nivel de la epidemia de VIH entre los HSH, que resultan mayores a las identificadas previamente. Estas diferencias no implican necesariamente un incremento en la seroprevalencia entre HSH, sino que pueden reflejar únicamente la mayor disponibilidad de evidencia dura, es decir, datos primarios.

Así mismo, los resultados reportados identifican una seroprevalencia elevada de VIH entre las mujeres trans en México, consistente con las cifras reportadas para estudios con HSH en las que se han incluido. Entre las MTS, la seroprevalencia es significativamente menor a la reportada en estudios previos, si bien la limitación en las zonas urbanas incluidas puede explicar esta diferencia.

En lo que se refiere a las prácticas sexuales, es claro que el uso de condón dista de ser consistente en HSH, incluso entre los VIH+, lo que llama a reforzar las estrategias en curso para facilitar el acceso a los mismos, así como a analizar las causas de no uso. La razón más importante reportada en este estudio fue el acuerdo entre la pareja para no usarlo, lo que sugiere la necesidad de desarrollar estrategias para reforzar la imagen del condón, y su incorporación a la vida sexual.

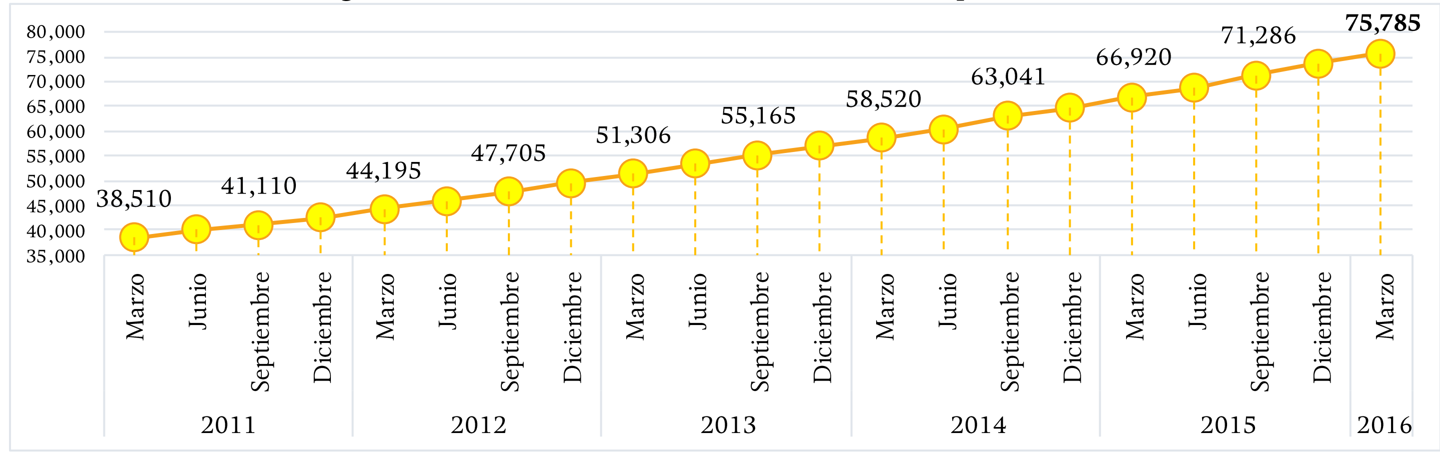
Un elemento importante identificado es la edad de la primera relación sexual, la cual fue menor entre los VIH+, y de inicio muy temprano en las mujeres trans. Si bien un primer elemento sobre esta diferencia tiene que ver con el tiempo de exposición (es decir, mayor duración de vida sexual incrementa la probabilidad de infección), el hecho que este inicio haya ocurrido entre los 15 y 17 años entre HSH y en promedio a los 13 años en TTT, indica la importancia de fortalecer las estrategias de educación sexual integral, con enfoque importante en diversidad sexual, desde edades tempranas, que permitan desarrollar por un lado habilidades para la identificación de género, y por el otro, proporcionar herramientas y espacios para la expresión de la diversidad sexual.

Referencias:

1. CENSIDA (2011a). El VIH/SIDA en México 2011. Numeralia epidemiológica. Noviembre de 2011. México, CENSIDA
2. Magis, C., E. Loo, y M. Santarriaga. (1997). Vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA a través de encuestas Centinela 1991-1996. SIDA ETS; 3: 60-62
3. Magis, C., C. Gayet, et al. (2005). Informe de resultados de la encuesta sobre prevalencia y vigilancia de comportamiento en VIH/SIDA en: Hombres que tiene sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales, hombres trabajadores sexuales y usuarios de drogas inyectables. CENSIDA. México, CENSIDA.
4. CENSIDA (2011b). Panorama epidemiológico del VIH/ SIDA e ITS en México. 31 de diciembre 2011. México, CENSIDA.

Personas con VIH en tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud

Figura 1. Personas con VIH en tratamiento antiretroviral por trimestre



59,176 (78.1%) hombres en TAR, de los cuales, 1 es hombre trans.

16,609 (21.9%) mujeres en TAR, de las cuales, 65 son mujeres trans.

Figura 2. Proporción de hombres y mujeres en tratamiento ARV, 2010-2016

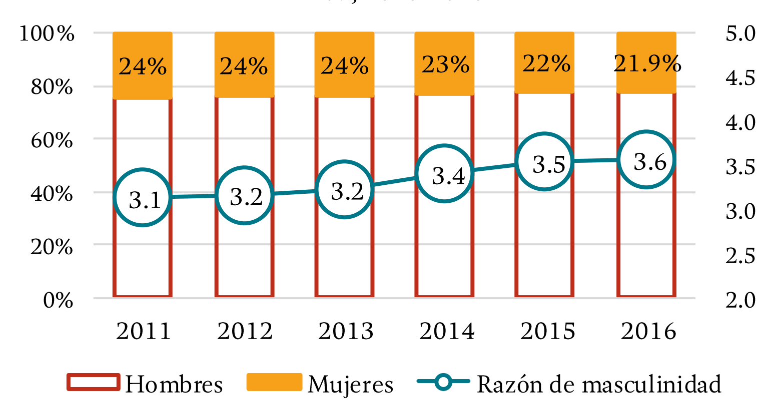


Figura 3. Proporción de personas en tratamiento ARV por grupo de edad

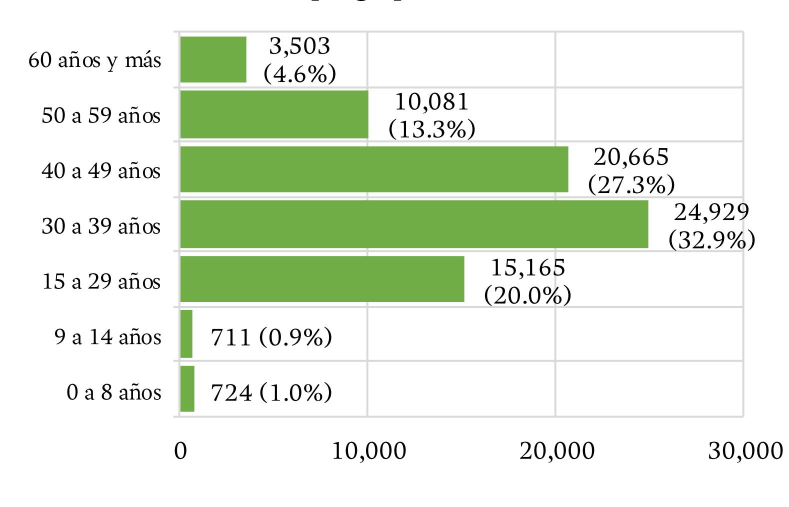


Tabla I. Personas en TAR por lugar de atención y razón de masculinidad

Lugar de atención	Personas con VIH en TAR	Razón de masculinidad
Aguascalientes	465	3.7
Baja California	2,639	2.8
Baja California Sur	394	2.8
Campeche	856	2.8
Chiapas	3,826	2.0
Chihuahua	2,014	3.5
Coahuila	855	3.5
Colima	566	3.3
Distrito Federal	10,971	8.9
Durango	550	3.8
Guanajuato	2,094	3.7
Guerrero	2,453	2.1
Hidalgo	735	3.0
Jalisco	5,182	5.3
México	6,548	4.1
Michoacán	1,356	3.4
Morelos	1,355	3.4
Nayarit	734	2.9
Nuevo León	2,432	5.1
Oaxaca	2,314	2.5
Puebla	2,824	3.3
Querétaro	822	4.8
Quintana Roo	1,932	3.5
San Luis Potosí	823	2.7
Sinaloa	992	3.4
Sonora	822	3.4
Tabasco	2,989	2.7
Tamaulipas	2,392	2.5
Tlaxcala	681	3.1
Veracruz	7,097	2.2
Yucatán	2,039	4.0
Zacatecas	363	2.7
Entidades	72,115	3.5
Institutos y Hospitales	3,670	5.4
Nacional	75,785	3.6

Tabla II. Personas en TAR por lugar de atención, género y grupo de edad

Unidad de atención	0 a 8		9 a 14		15 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 y más		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Aguascalientes	2	1	3	4	11	46	35	106	29	125	9	65	10	19	99	366
Baja California	19	17	19	16	120	299	214	583	178	642	97	314	43	78	690	1,949
Baja California Sur	1	0	2	5	19	45	35	99	29	96	16	37	2	8	104	290
Campeche	6	9	4	3	76	157	67	213	47	148	21	83	4	18	225	631
Chiapas	32	46	27	32	302	582	425	867	259	570	134	316	81	153	1,260	2,566
Chihuahua	9	13	10	6	102	222	113	440	122	527	65	281	25	79	446	1,568
Coahuila	4	3	5	2	53	119	64	228	44	197	14	91	8	23	192	663
Colima	3	5	2	4	25	64	47	130	34	141	19	67	2	23	132	434
Distrito Federal	2	3	0	0	180	2,212	332	3,410	334	2,672	197	1,222	66	341	1,111	9,860
Durango	0	4	0	5	15	49	34	138	39	152	22	71	5	16	115	435
Guanajuato	10	6	7	4	69	270	129	534	140	504	59	250	30	82	444	1,650
Guerrero	19	10	21	17	165	269	286	562	175	480	78	224	50	97	794	1,659
Hidalgo	5	2	5	3	31	128	58	183	63	144	19	71	4	19	185	550
Jalisco	12	18	14	22	131	667	243	1,377	251	1,312	116	708	57	254	824	4,358
México	4	10	3	4	213	1,183	440	1,891	381	1,476	175	545	70	153	1,286	5,262
Michoacán	7	4	9	5	50	159	106	310	84	334	38	170	16	64	310	1,046
Morelos	3	2	10	2	59	248	84	322	85	259	42	141	26	72	309	1,046
Nayarit	1	5	4	2	29	70	59	179	56	167	29	79	8	46	186	548
Nuevo León	7	9	6	8	81	398	143	656	93	599	57	292	14	69	401	2,031
Oaxaca	21	11	10	18	144	331	227	539	154	416	74	226	39	104	669	1,645
Puebla	10	11	16	17	120	527	200	821	171	522	95	207	38	69	650	2,174
Querétaro	1	2	2	1	23	157	46	243	43	175	17	80	9	23	141	681
Quintana Roo	6	8	5	4	106	378	146	523	101	376	52	179	15	33	431	1,501
San Luis Potosí	7	2	8	6	52	101	58	189	63	186	28	82	8	33	224	599
Sinaloa	5	3	6	7	43	110	74	224	47	240	35	144	13	41	223	769
Sonora	3	3	5	2	32	94	69	193	53	210	19	99	7	33	188	634
Tabasco	16	24	25	21	202	569	302	732	164	519	76	251	21	67	806	2,183
Tamaulipas	18	29	9	10	181	312	217	573	167	466	75	237	19	79	686	1,706
Tlaxcala	4	5	3	3	29	138	53	164	43	138	28	45	7	21	167	514
Veracruz	26	42	48	41	481	1,015	760	1,568	555	1,225	253	701	105	270	2,231	4,866
Yucatán	7	9	7	11	82	440	147	516	94	383	44	208	24	67	405	1,634
Zacatecas	3	2	1	1	23	33	27	94	31	79	9	42	5	13	99	264
Entidades	273	318	296	286	3,249	11,392	5,240	18,607	4,129	15,480	2,012	7,528	831	2,467	16,033	56,082
Institutos y Hospitales	55	78	65	64	118	406	102	980	137	919	62	479	37	168	576	3,094
Nacional	328	396	361	350	3,367	11,798	5,342	19,587	4,266	16,399	2,074	8,007	868	2,635	16,609	59,176

Figura 4. Personas con VIH por año de inicio del tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud

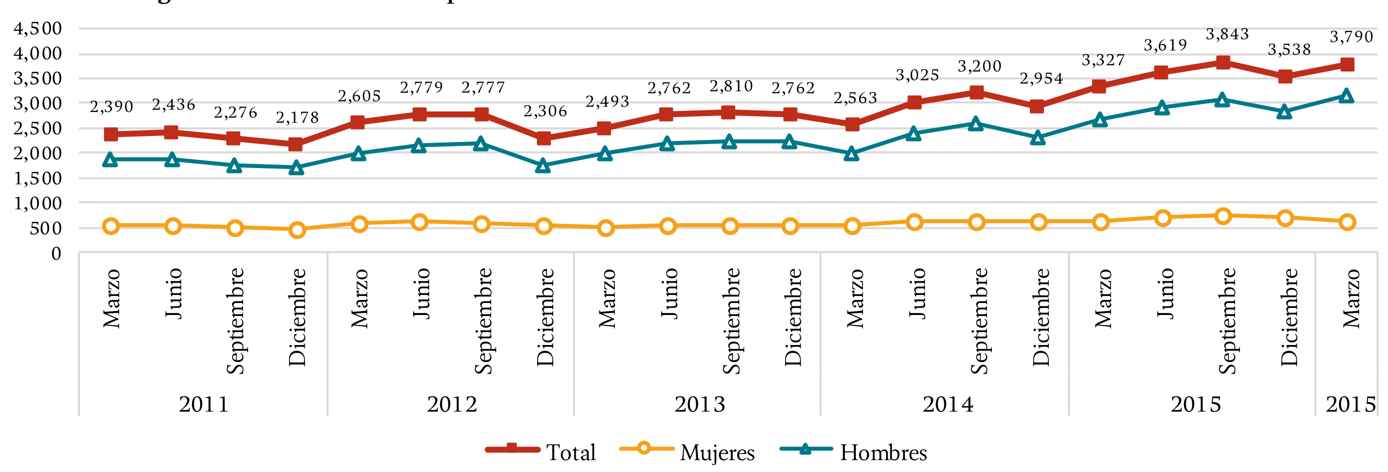


Figura 5. Proporción de mujeres con VIH que iniciaron TAR en 2016 en la Secretaría de Salud

Entidad	%
Aguascalientes	5%
Querétaro	6%
Distrito Federal	10%
Durango	11%
Colima	11%
Guanajuato	11%
Tlaxcala	11%
Jalisco	11%
Yucatán	12%
Michoacán	12%
Zacatecas	13%
Nuevo León	13%
Sinaloa	13%
México	13%
Hidalgo	14%
San Luis Potosí	15%
Sonora	17%
Baja California	18%
Coahuila	18%
Oaxaca	18%
Morelos	18%
Chihuahua	20%
Tabasco	20%
Baja California Sur	21%
Quintana Roo	21%
Guerrero	21%
Campeche	22%
Puebla	23%
Tamaulipas	24%
Chiapas	24%
Nayarit	25%
Veracruz	29%

0% 10% 20% 30%

Tabla III. Personas con VIH que iniciaron TAR en 2016 en la Secretaría de Salud

Lugar de atención	Total de personas que iniciaron TAR en 2016		Femenino		Masculino	
Aguascalientes	22	1%	1	5%	21	95%
Baja California	160	4%	28	18%	132	83%
Baja California Sur	19	1%	4	21%	15	79%
Campeche	45	1%	10	22%	35	78%
Chiapas	246	6%	60	24%	186	76%
Chihuahua	75	2%	15	20%	60	80%
Coahuila	34	1%	6	18%	28	82%
Colima	27	1%	3	11%	24	89%
Distrito Federal	650	17%	64	10%	586	90%
Durango	19	1%	2	11%	17	89%
Guanajuato	79	2%	9	11%	70	89%
Guerrero	94	2%	20	21%	74	79%
Hidalgo	37	1%	5	14%	32	86%
Jalisco	209	6%	24	11%	185	89%
México	365	10%	48	13%	317	87%
Michoacán	66	2%	8	12%	58	88%
Morelos	93	2%	17	18%	76	82%
Nayarit	24	1%	6	25%	18	75%
Nuevo León	111	3%	14	13%	97	87%
Oaxaca	124	3%	22	18%	102	82%
Puebla	120	3%	28	23%	92	77%
Querétaro	33	1%	2	6%	31	94%
Quintana Roo	113	3%	24	21%	89	79%
San Luis Potosí	33	1%	5	15%	28	85%
Sinaloa	55	1%	7	13%	48	87%
Sonora	59	2%	10	17%	49	83%
Tabasco	178	5%	36	20%	142	80%
Tamaulipas	156	4%	37	24%	119	76%
Tlaxcala	35	1%	4	11%	31	89%
Veracruz	294	8%	86	29%	208	71%
Yucatán	117	3%	14	12%	103	88%
Zacatecas	24	1%	3	13%	21	88%
Entidades	3,716	98%	622	17%	3,094	83%
Institutos y Hospitales	74	2%	12	16%	62	84%
Nacional	3,790	100%	634	17%	3,156	83%

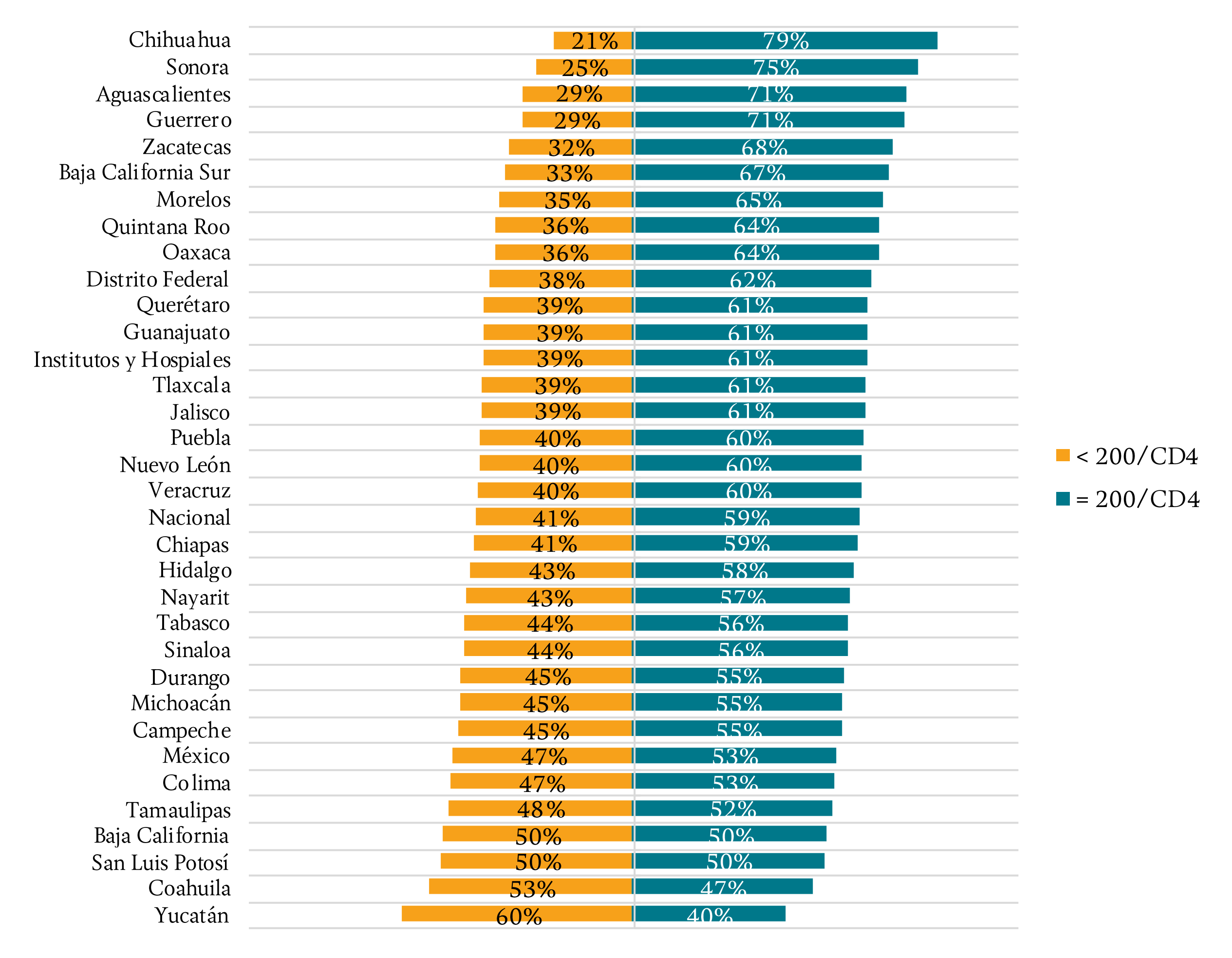
Estatus inmunológico de personas con VIH al inicio de la atención

Figura 6. Mediana de CD4 al inicio de la atención según año de primer registro y género

Mediana de primer conteo de CD4

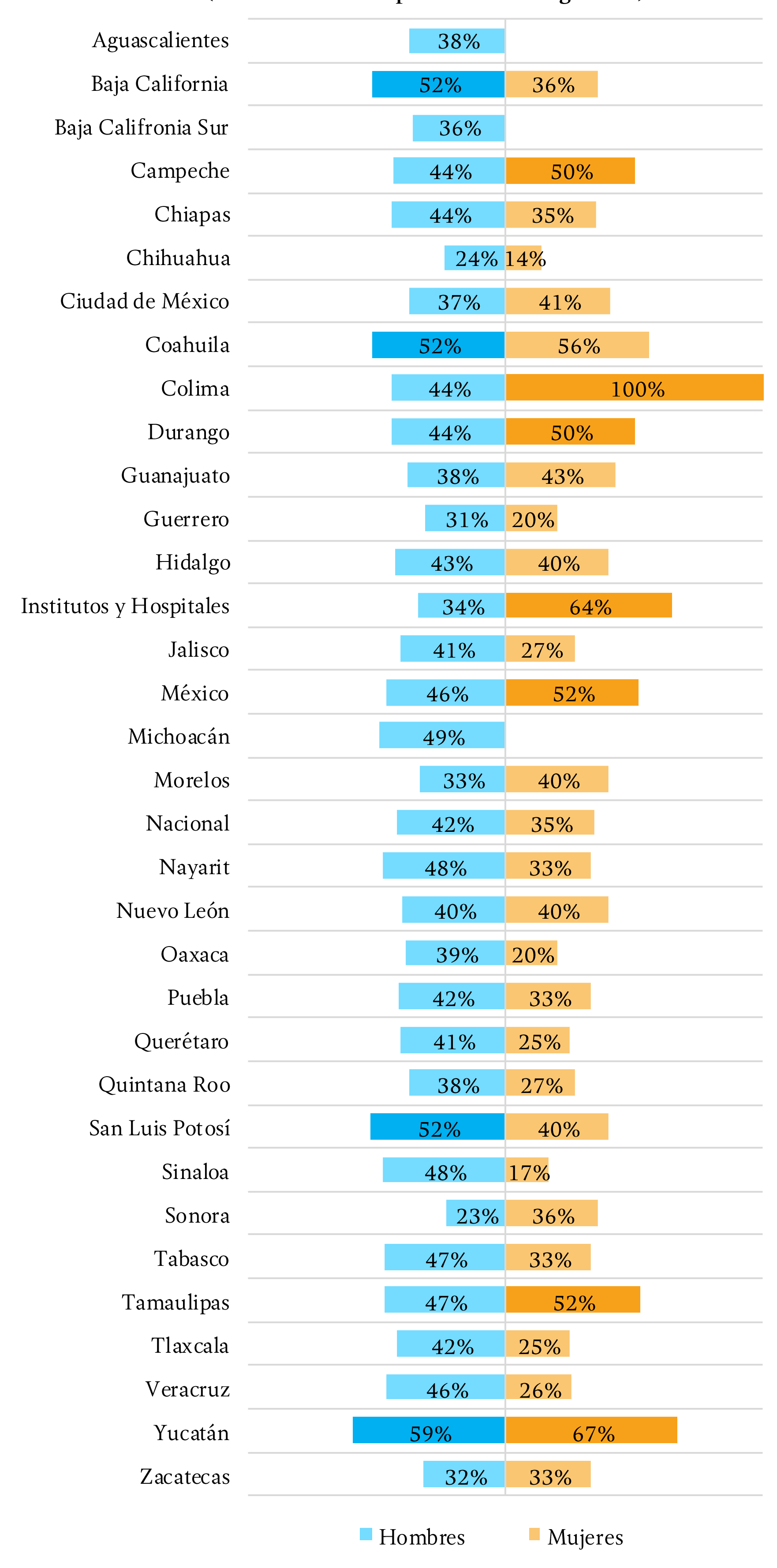
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Masculino	228	245	241	214	229	239	257
Femenino	295	291	278	283	284	302	292

Figura 7. Estado inmunológico de las personas con VIH al momento de la vinculación a los servicios de salud por entidad federativa, 2016



***Personas con VIH con primer CD4 registrado en SALVAR durante 2016**

Figura 8.Atención tardía de hombres y mujeres con VIH por entidad federativa, 2016 (< 200 / CD4 en la primer cuenta registrada)



Durante enero-marzo de 2016 se registró el primer recuento de CD4 de 565 mujeres y 2,603 hombres, de los cuales el 35 y 42 por ciento respectivamente presentaron recuentos de CD4 menores a 200 células/mm³ (figura 9), con una mediana en mujeres de 292 y en hombres de 257 células/mm³ (figura 8).

Este indicador busca medir el estado inmunológico de las personas con VIH al momento de su vinculación a los servicios de salud, ante lo cual se observan importantes diferentes entre las entidades, ya que mientras en Chihuahua, Sonora, Aguascalientes y Guerrero, la proporción de personas con menos de 200/CD4 fue menor al 30%, en Yucatán, Coahuila, San Luis Potosí y Baja California fue mayor al 50% (figura 9).

Estas diferencias se mantienen al comparar la atención tardía de hombres y mujeres al interior de las entidades; como el caso de Sinaloa donde el 17% de las mujeres tuvieron un primer CD4 menor a 200 células/mm³, mientras que en hombres fue del 48%.

Esta información brinda un acercamiento sobre el estado inmunológico de las personas con VIH al momento de llegar a la atención en las entidades. Si revisamos las entidad de Yucatán se observa que el 60% de las personas llegaron de forma tardía, independientemente del sexo (hombres 59%, mujeres 67%), situación similar se observa en Coahuila. En cambio si se revisa el caso de Michoacán donde el 45% de las personas llegaron con menos de 200/CD4, se observa que 100% de la atención tardía fue en hombres, ya que no se ha observado ningún caso de atención tardía en mujeres (figura 10).

Aun cuando la mediana de CD4 es mayor en mujeres que en hombres, se encontraron proporciones de atención tardía en mujeres mayores al 50% en 7 de las 32 entidades, mientras que en hombres sólo se observaron 4 entidades .

Actualización epidemiológica: 1° trimestre de 2016

Eficacia del tratamiento antirretroviral de las personas con VIH

Figura 9. Porcentaje de indetectabilidad en personas en TAR por más de 6 meses y con CV reciente por sexo, 2010-2016

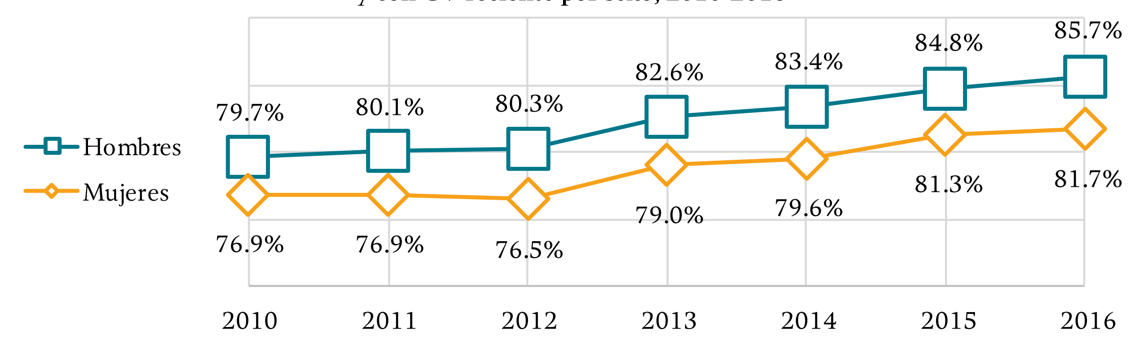
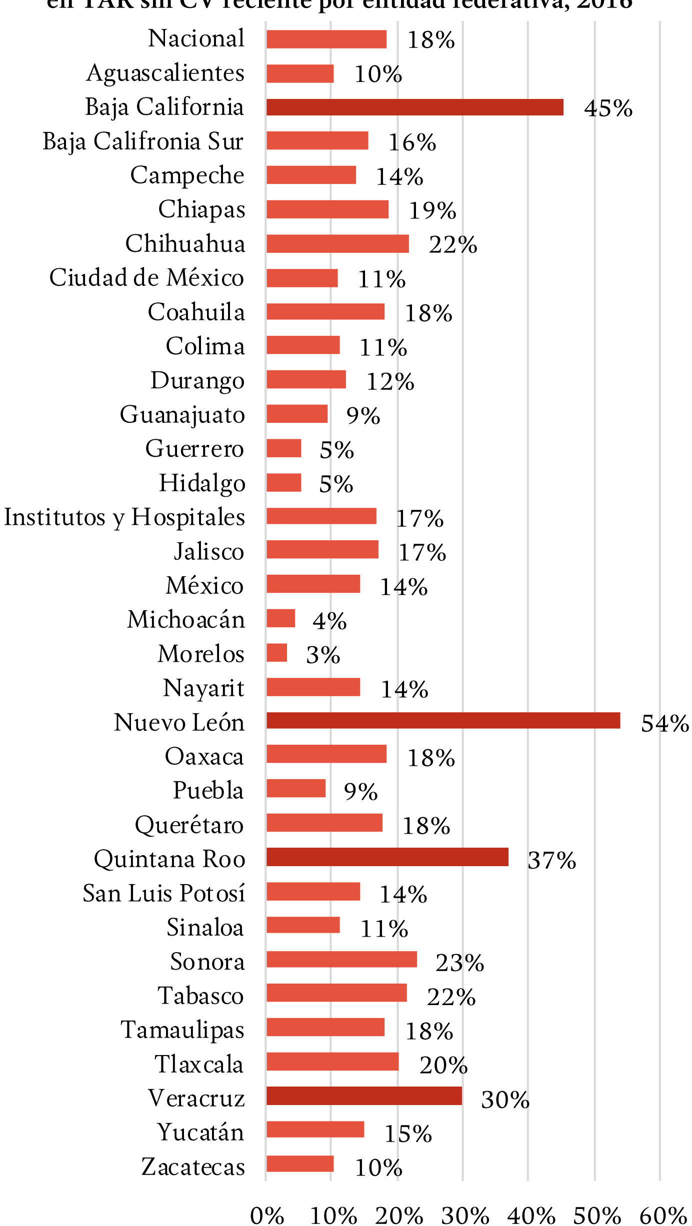


Tabla IV. Porcentaje de indetectabilidad en personas en TAR*

Entidad	6 meses o más en TAR	CV en los últimos 6 meses	CV indetectable n	CV indetectable %
Aguascalientes	422	378	335	89%
Baja California	2,323	1,255	1,062	85%
Baja California Sur	352	297	283	95%
Campeche	746	641	529	83%
Chiapas	3,356	2,722	2,258	83%
Chihuahua	1,807	1,407	1,141	81%
Coahuila	764	625	520	83%
Colima	509	449	374	83%
Distrito Federal	9,955	8,858	7,913	89%
Durango	498	437	407	93%
Guanajuato	1,924	1,741	1,555	89%
Guerrero	2,268	2,141	1,752	82%
Hidalgo	672	635	529	83%
Jalisco	4,719	3,907	3,283	84%
México	5,934	5,057	4,465	88%
Michoacán	1,233	1,179	1,061	90%
Morelos	1,188	1,148	988	86%
Nayarit	672	575	470	82%
Nuevo León	2,158	964	736	76%
Oaxaca	2,076	1,688	1,501	89%
Puebla	2,610	2,365	2,110	89%
Querétaro	745	611	533	87%
Quintana Roo	1,688	1,062	875	82%
San Luis Potosí	743	633	556	88%
Sinaloa	878	776	596	77%
Sonora	707	533	427	80%
Tabasco	2,625	2,057	1,647	80%
Tamaulipas	2,112	1,724	1,402	81%
Tlaxcala	627	498	431	87%
Veracruz	6,456	4,495	3,292	73%
Yucatán	1,837	1,561	1,242	80%
Zacatecas	324	289	259	90%
Entidades	64,928	52,708	44,532	84%
Institutos y Hospitales	3,516	2,902	2,622	90%
Nacional	68,444	55,610	47,154	85%

*Acorde a la fecha de primer esquema registrado en SALVAR, carga viral menor igual a 50 copias/ml

Figura 10. Proporción de personas con más de 6 meses en TAR sin CV reciente por entidad federativa, 2016

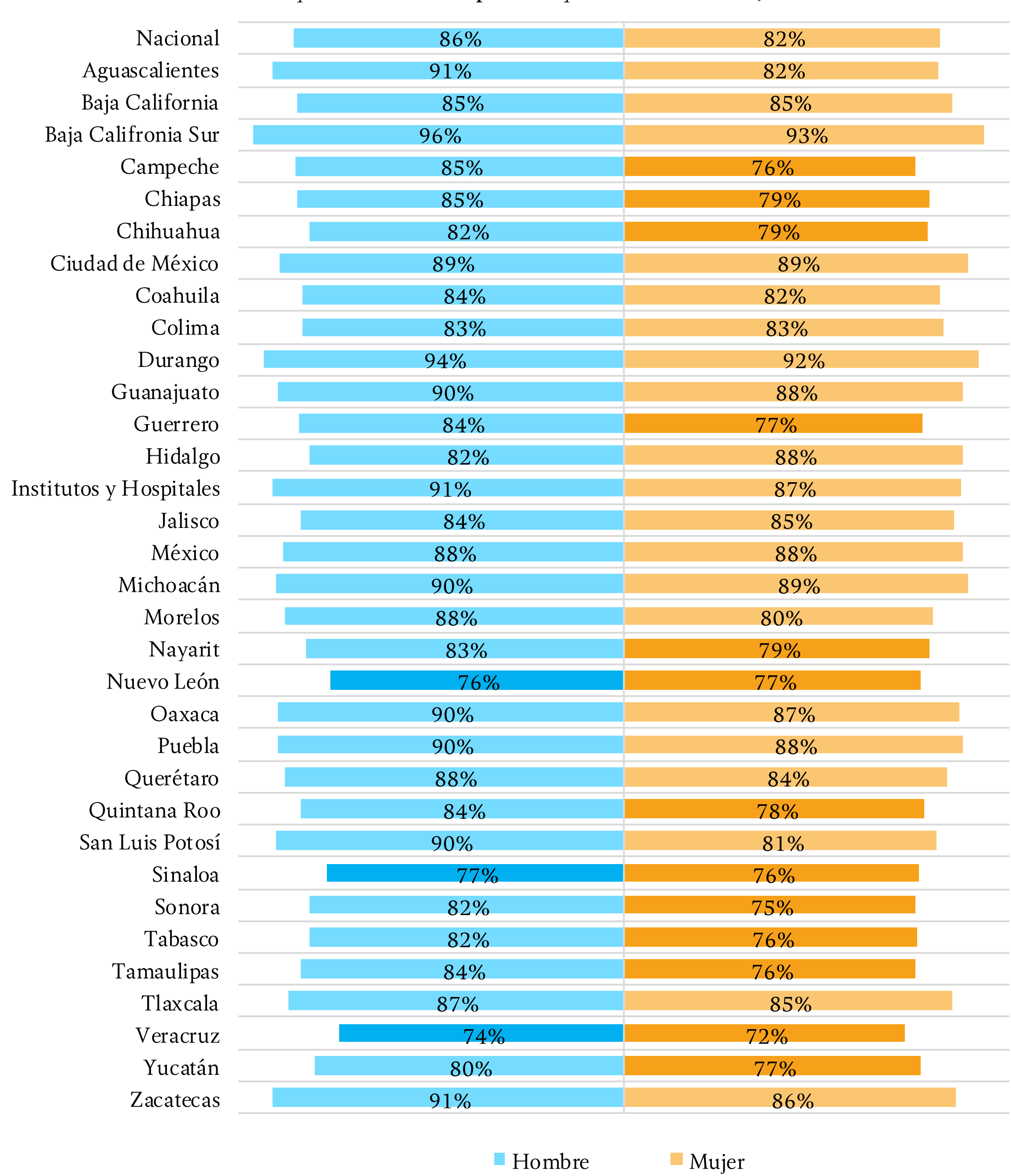


Al 31 de marzo de 2016 había 75 mil 785 personas con VIH en tratamiento ARV, de las cuales 68 mil 444 tenían más de 6 meses en tratamiento ARV. El 18% (12,627) no contaba con un carga viral en los últimos 6 meses por lo que se excluyeron del análisis. Las entidades con mayor proporción de personas en TAR sin CV reciente fueron Nuevo León (54%), Baja California (45%), Quintana Roo (37%) y Veracruz (30%).

Se analizaron un total de 55 mil 610 personas con VIH en tratamiento ARV por más de 6 meses y con CV reciente. Encontrándose un porcentaje de indetectabilidad en dicha población del 86% en hombres y 82% en mujeres.

Las entidades con menor porcentaje de indetectabilidad fueron: Veracruz (73%), Nuevo León (76%), Sinaloa (77%) y Yucatán (77%).

Figura 11. Porcentaje de indetectabilidad en personas en TAR por más de 6 meses y con CV reciente por sexo y entidad federativa, 2016



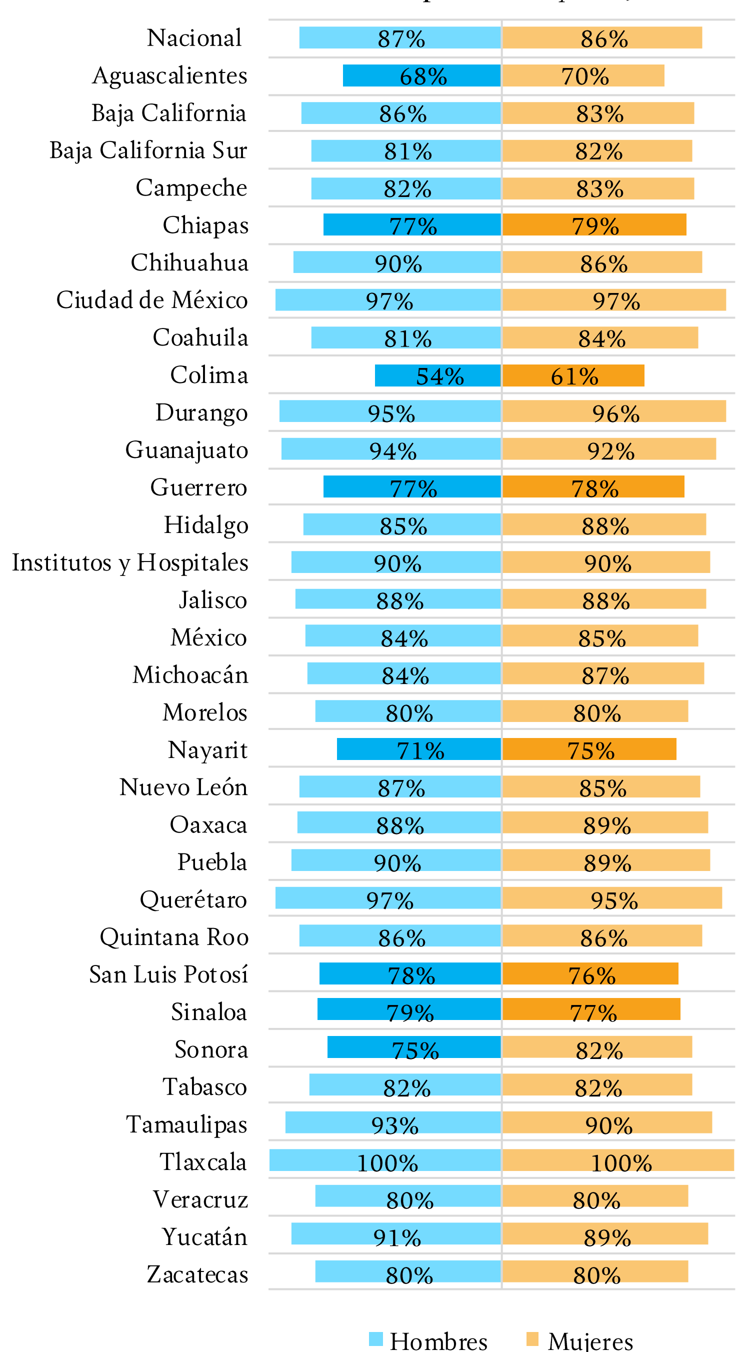
Retención al tratamiento antirretroviral de las personas con VIH

Se analizaron 3,323 personas con VIH con de fecha de asignación de primer esquema durante enero-marzo de 2015. Encontrándose activas a los 12 meses 2,863 personas (86%), siendo el porcentaje de retención mayor en hombres que en mujeres (87% vs. 83%). Las entidades con menor porcentaje de retención a los 12 meses de haberse iniciado TAR fueron: Colima (61%), Aguascalientes (70%), Nayarit (75%), San Luis Potosí (76%), Sinaloa (77%), Guerrero (78%), Chiapas (79%) y Veracruz (80%).

Tabla V. Retención al tratamiento ARV de personas con VIH en TAR durante 12 meses

Lugar de atención	Personas que cumplieron 12 meses en TAR N	Activos	%
Aguascalientes	30	21	70%
Baja California	110	91	83%
Baja California Sur	22	18	82%
Campeche	52	43	83%
Chiapas	180	142	79%
Chihuahua	79	68	86%
Coahuila	51	43	84%
Colima	18	11	61%
Ciudad de México	439	424	97%
Durango	27	26	96%
Guanajuato	138	127	92%
Guerrero	88	69	78%
Hidalgo	32	28	88%
Jalisco	207	182	88%
México	252	213	85%
Michoacán	71	62	87%
Morelos	71	57	80%
Nayarit	24	18	75%
Nuevo León	121	103	85%
Oaxaca	116	103	89%
Puebla	102	91	89%
Querétaro	41	39	95%
Quintana Roo	100	86	86%
San Luis Potosí	29	22	76%
Sinaloa	48	37	77%
Sonora	28	23	82%
Tabasco	195	159	82%
Tamaulipas	125	113	90%
Tlaxcala	20	20	100%
Veracruz	283	226	80%
Yucatán	99	88	89%
Zacatecas	20	16	80%
Entidades	3,218	2,769	86%
Institutos y Hospitales	105	94	90%
Nacional	3,323	2,863	86%

Figura 12. Porcentaje de retención a de personas con VIH a los 12 meses de haber iniciado TAR por entidad y sexo, 2016



Razón de mortalidad de personas con VIH en tratamiento antirretroviral

Durante los últimos 12 meses se registraron 1,362 defunciones, 22% en mujeres y 78% en hombres, proporciones similares a las de las mujeres y hombres en TAR. Se calculó la razón de mortalidad, el cual es un indicador basado en la relación entre las defunciones de los últimos 12 meses y el total de personas en TAR.

Figura 13. Porcentaje de razón de mortalidad de personas con VIH en TAR por sexo, 2011-2016

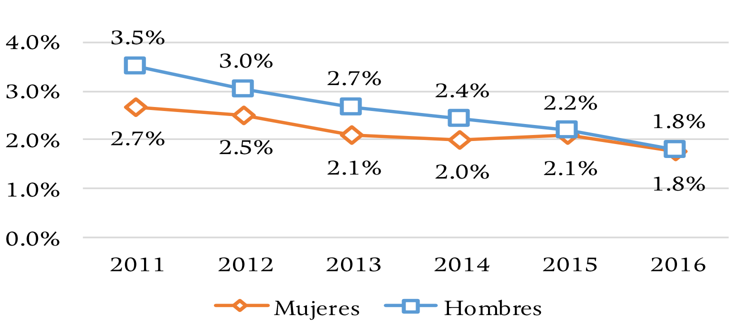
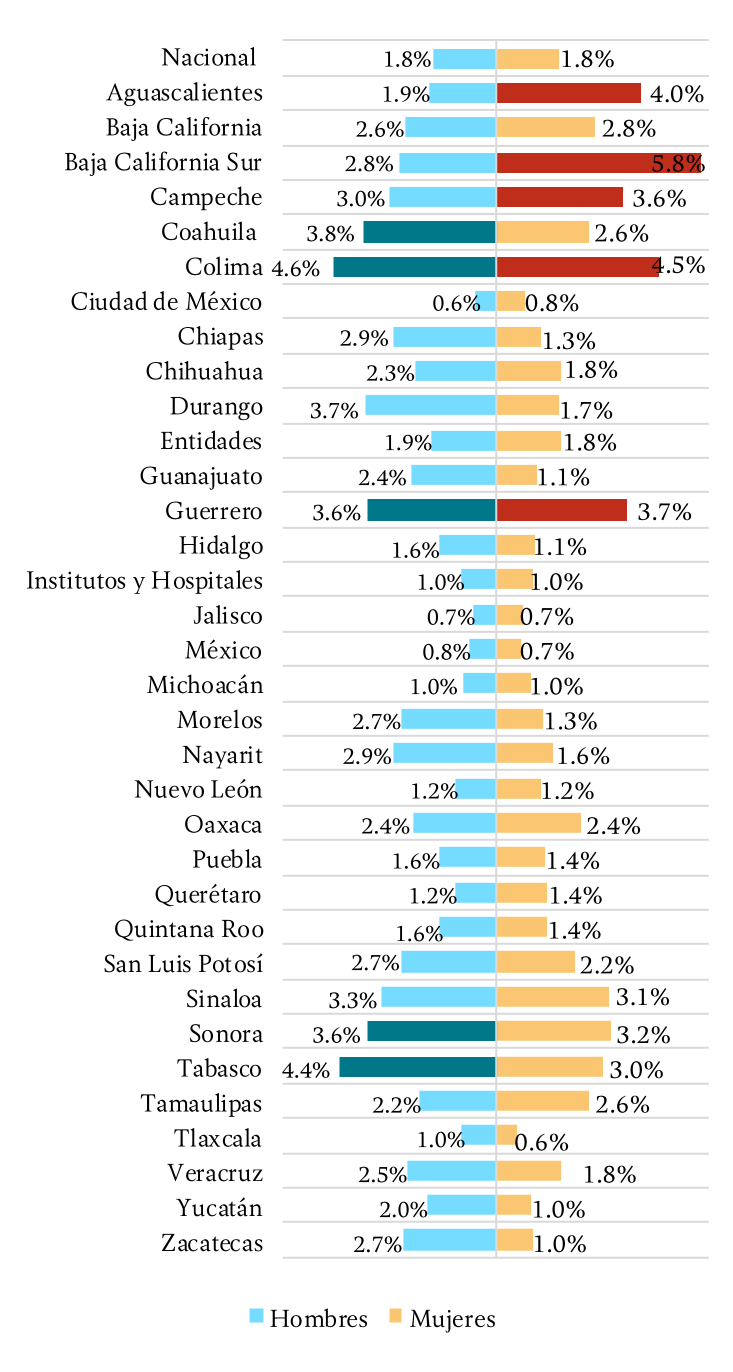


Tabla VI. Defunción de personas con VIH en TAR durante los últimos 12 meses

Lugar de Atención	Defunciones en 12 meses Total	Mujeres	Hombres	Razón de mortalidad de personas en TAR %
Aguascalientes	11	4	7	2.4%
Baja California	69	19	50	2.6%
Baja California Sur	14	6	8	3.6%
Campeche	27	8	19	3.2%
Chiapas*	90	16	74	2.4%
Chihuahua*	44	8	36	2.2%
Coahuila*	30	5	25	3.5%
Colima*	26	6	20	4.6%
Distrito Federal	67	9	58	0.6%
Durango	18	2	16	3.3%
Guanajuato	45	5	40	2.1%
Guerrero	89	29	60	3.6%
Hidalgo	11	2	9	1.5%
Jalisco	35	6	29	0.7%
México	50	9	41	0.8%
Michoacán	13	3	10	1.0%
Morelos	32	4	28	2.4%
Nayarit	19	3	16	2.6%
Nuevo León	29	5	24	1.2%
Oaxaca	55	16	39	2.4%
Puebla	44	9	35	1.6%
Querétaro	10	2	8	1.2%
Quintana Roo	30	6	24	1.6%
San Luis Potosí	21	5	16	2.6%
Sinaloa	32	7	25	3.2%
Sonora	29	6	23	3.5%
Tabasco	121	24	97	4.0%
Tamaulipas	55	18	37	2.3%
Tlaxcala	6	1	5	0.9%
Veracruz	163	40	123	2.3%
Yucatán	36	4	32	1.8%
Zacatecas	8	1	7	2.2%
Entidades	1,329	288	1,041	1.8%
Institutos y Hospitales	36	6	30	1.0%
Nacional	1,365	294	1,071	1.8%

*En la versión original los datos de Chiapas y Chihuahua estaban intercambiados por los de Coahuila y Colima

Figura 14. Porcentaje de razón de mortalidad de personas




CENSIDA
Centro Nacional para la Prevención
y el Control del VIH y el sida


BOLETÍN
de ATENCIÓN INTEGRAL
de PERSONAS con VIH
Volumen 2, n° 1 enero-marzo 2016